

# Psychology For ALL

---

Folleto de Aplicación para Clientes

---



---

Psychology For All | PO Box 49556, Charlotte, NC 28277  
[www.psychologyforall.org](http://www.psychologyforall.org)



## APLICACIÓN PARA INSCRIPCIÓN

(Favor completar el formulario en su totalidad y utilice la parte posterior de ser necesario.)

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Edad & Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Nos da autorización para llamar y dejar mensaje?

Número Telefónico del Hogar: \_\_\_\_\_ Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Trabajo: \_\_\_\_\_ Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Número Móvil: \_\_\_\_\_ Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Cuál número telefónico prefiere que utilicemos?: Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

¿Nos autoriza a enviarle correos electrónicos? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si da autorización, favor proveer su dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

Favor indicar su ingreso mensual en cada de las siguientes categorías:

Salarios/Sueldo: \$ _____	Rango de Ingreso Anual (favor marcar):
Seguro Social/Suplementario: \$ _____	___ Menos de \$10,000
Retiro/Pensión: \$ _____	___ \$10,000 - \$15,000
Beneficios de Desempleo: \$ _____	___ \$15,000 - \$20,000
Incapacidad: \$ _____	___ \$20,000 - \$25,000
Sustento de Menores/Pensión Conyugal/TANF: \$ _____	___ \$25,000 - \$30,000
Otro (explique: _____): \$ _____	___ Sobre \$30,000
Ingreso Mensual Total Bruto (antes de impuestos): \$ _____	

**FAVOR PROVEER PRUEBA DE INGRESOS (incluyendo los últimos 3 talones de pago)**

Número de personas en su hogar: \_\_\_\_\_

Número de dependientes bajo su cargo: \_\_\_\_\_

Preferencia de Genero del Terapeuta: Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_

Idioma de Preferencia: Inglés: \_\_\_\_\_ Español: \_\_\_\_\_

Si usted es estudiante, indique la escuela donde está ingresado(a): \_\_\_\_\_

¿Por quién fue usted referido(a)? \_\_\_\_\_

¿Nos autoriza a dar las gracias a la fuente del referido (sin identificarlo(a) por su nombre)?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Favor Incluir Sus Iniciales: \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas nos ayudaran a proveer los referidos apropiados:

¿Qué está experimentando/ o qué sucesos han ocurrido que haya causado la búsqueda de servicios psicológicos/ de consejería?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha recibo servicios psicológicos/ de consejería anteriormente?: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si ha recibido servicios antes, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Favor indique su preferencia geográfica dentro del Condado de Mecklenburg, si alguna: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la información provista en este formulario es verdadera y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Favor completar este formulario y regresar a Psychology For All.**

**P.O. Box 49556**

**Charlotte, NC 28277**

**info@psychologyforall.org**

**Psychology for All (PFA)**  
**Acuerdo de Participación de Cliente**

Este Acuerdo de Participación de Cliente (este "Acuerdo") entablado en \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, entre Psychology for All, Inc. ("PFA") y el individuo nombrado en la página de firma ("Cliente" o "usted").

**1. Servicios.** PFA ha establecido una red de practicantes licenciados de salud mental ("La Red") quienes han aceptado proporcionar servicios profesionales de cuidado de salud mental limitados a individuos quienes soliciten asistencia de PFA y quienes sean aprobados para recibir asistencia de PFA. Como cliente de PFA, usted es elegible (a) a obtener un referido hacia un practicante de salud mental licenciado (cada uno, siendo "Proveedor") dentro de la red y (b) a recibir, sin costo, hasta 8 sesiones de 45-60 minutos de consejería realizadas dentro de 6 meses a partir de su primera sesión con un Proveedor, y si es recomendado y aprobado por PFA, recibirá unas 8 sesiones de consejería adicionales de 45-60 minutos a ser realizadas dentro de 12 meses a partir de su primera sesión con el Proveedor, a un costo de \$20 por sesión, que serán pagos al Proveedor (los "Servicios"), sujeto a los términos y condiciones de este Acuerdo.

**2. Derechos y Responsabilidades al Cliente**

Como cliente de PFA, usted tiene el derecho a:

- Recibir los Servicios, a menos que anteriormente hayan sido terminados de acuerdo con el presente.
- Información sobre cualquier procedimiento, método de asesoramiento, técnicas y posible duración de terapia.
- Participar en decisiones de tratamiento durante el periodo de su cuidado.
- Ser tratado en todo momento con dignidad y respeto.
- Terminar su asesoría en cualquier momento sin ninguna obligación moral, legal o financiera fuera de las que ya haya acumulado.

Usted acepta:

- Proporcionar información actualizada a PFA sobre su elegibilidad de participar en programas de PFA.
- Proveer información que el Proveedor aplicable necesita para proporcionar el cuidado apropiado.
- Seguir los planes e instrucciones de cuidado recomendados por el Proveedor aplicable.
- Participar en procesos de tratamiento a través de un enfoque en problemas y el desarrollo de planes de tratamiento y metas que han sido mutuamente acordados.
- Asistir citas agendadas.
- Cumplir con otras guías establecidas por PFA y/o el Proveedor.

Si usted no cumple con cualquier requisito anteriormente mencionado, o si no llena los requisitos de elegibilidad de PFA en cualquier momento (tales requisitos están adjuntos a este contrato y pueden ser actualizados en cualquier momento por parte de PFA a su discreción absoluta), usted será inelegible para recibir los Servicios y PFA puede terminar este Acuerdo con efecto inmediato.

**3. Programaciones de Citas, Cancelaciones, y Póliza de Citas Perdidas.** Todas las citas deben ser programadas entre usted y el Proveedor aplicable. Si usted no puede asistir una cita programada, usted debe dar aviso al Proveedor aplicable con por lo menos 24 horas de anticipación, aunque el Proveedor aplicable tiene derecho a requerir notificación con mas de 24 horas de anticipación. Si usted no cumple con esta obligación de aviso al Proveedor aplicable, la ausencia será considerada como una sesión de asesoramiento. Si usted se ausenta a dos citas sin dar aviso con al menos 24 horas de anticipación al Proveedor aplicable, usted será inelegible para los Servicios y PFA puede terminar este Acuerdo con efecto inmediato.

**4. Emergencias.** Si usted tiene una emergencia clínica fuera de las horas de operaciones del Proveedor aplicable, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano a usted.

**5. Terminación de Servicios y Acuerdo; Transferencia de expedientes.** Usted puede terminar los Servicios por cualquier motivo. Al momento de terminación o conclusión de los Servicios, este Acuerdo se terminara automáticamente. Las Secciones 8 y 9 sobrevivirán cualquier terminación de este Acuerdo. Después de la terminación, si usted lo pide, PFA hará todo esfuerzo para otorgarle un referido hacia otro proveedor. Usted puede petitionar que el

Proveedor aplicable transfiera sus expedientes a un proveedor nuevo por una autorización a divulgar su información médica firmada por usted.

**6. Privacidad y Confidencialidad.** Cada Proveedor está sujeto a leyes federales y estatales que protegen expedientes médicos y relacionados a la salud mental. El Proveedor aplicable le dará información sobre sus prácticas de privacidad e información, explicando como su información será recopilada, como será protegida, y como puede ser compartida. PFA no recibirá información sobre sus servicios, con las siguientes excepciones: (a) confirmación que ha asistido sus sesiones de asesoramiento, con el fin de procesar pagos por dichas sesiones al Proveedor aplicable, y (b) cualquier información autorizada por usted a ser divulgada conforme a una autorización de divulgación de información médica.

**7. Cargos.**

Consejería (45 – 60 Min.) (primeras 8 sesiones):	\$0.00 por sesión
Consejería (45 – 60 Min.) (próximas 8 sesiones, si aprobadas):	\$20.00 por sesión (a ser pagado por usted directamente al Proveedor aplicable)

**8. Indemnización: Función de PFA.** La función de PFA bajo este Acuerdo es mantener una red de profesionales de salud mental y el reembolso hacia al Proveedor aplicable por Servicios proveídos bajo este Acuerdo. Todos los proveedores en la red de PFA son contratistas independientes. Usted acepta indemnizar y liberar de toda responsabilidad a PFA, sus empleados, oficiales, fiduciarios, afiliados, agentes y representantes de y en contra de cualquier pérdida, costo, daños, y gastos (incluyendo, sin limitación, cargos y gastos de abogados) que se presente o relacione de cualquier manera a los Servicios o este Acuerdo.

**9. Arbitraje, Ley Gobernante.** Cualquier controversia o reclamo procedente de, o relacionado con este Acuerdo, o incumplimiento del mismo, deberá ser resuelto por arbitraje administrado por la American Arbitration Association (la Asociación Americana de Arbitraje) conforme a sus Rules of Commercial Arbitration (Reglas de Arbitraje Comercial). Las leyes del Estado de Carolina del Norte serán aplicadas en procedimientos de arbitraje sin darles efecto a sus principios de conflicto de leyes. La vista de arbitraje debe ser dentro del Condado Mecklenburg, Carolina del Norte ante un único árbitro. Juicio de recompensa rendida por el árbitro podrá ser sometido a la corte que tenga la jurisdicción del mismo.

**10. Discriminación.** PFA no discrimina basado en edad, sexo, identidad sexual, raza, etnicidad, cultura, origen nacional, religión, orientación sexual, incapacidad, o idioma.

**11. Acuerdo de Cliente.** Usted ha leído y entiende este Acuerdo. Usted está de Acuerdo con los términos y condiciones aquí presentados. Usted reconoce que puede petitionar una copia de este Acuerdo gratuitamente.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Psychology For All**

Por: \_\_\_\_\_

Sus: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Criterio de Elegibilidad

- Debe ser mayor de 18 años de edad.
- Debe ser no-cubierto por seguro médico e inelegible para Medicare, Medicaid, u otros seguros médicos estatales o federales.
- Debe estar en o debajo de 175% de las Guías Federales de Pobreza (vea <https://aspe.hhs.gov/2020-poverty-guidelines> ) ya que lo actualizan cada cierto tiempo. Las guías para el 2020 son las siguientes:

#### 175%

<b>Familia de 1:</b>	\$22,330 a year (\$1,861.00/month)
<b>Familia de 2:</b>	\$30,170 a year (\$2,514.00/month)
<b>Familia de 3:</b>	\$38,010 a year (\$3,168.00/month)
<b>Familia de 4:</b>	\$45,850 a year (\$3,821.00/month)
<b>Familia de 5:</b>	\$53,690 a year (\$4,474.00/month)
<b>Familia de 6:</b>	\$61,530 a year (\$5,128.00/month)
<b>Familia de 7:</b>	\$69,370 a year (\$5,781.00/month)
<b>Familia de 8:</b>	\$77,210 a year (\$6,434.00/month)

- Debe presentar evidencia de los ingresos de la casa (reintegro de impuestos, Formulario W-2, talón de cheque, evidencia de empleo).
- Debe estar dispuesto a ver un proveedor de salud mental en el Condado Mecklenburg, North Carolina.